

Bilet de trimitere pentru investigații paraclinice decontate de CAS

Serie: BTIAR Nr. 7730701



| | | |
|---|--|---|
| 1. Unitate medicală CUI Sediul (localitate, str., nr.) Județul Casa de asigurări: Nr. contract/convenție | <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> Amb. Spec. <input type="checkbox"/> Unitate sanitară cu paturi <input type="checkbox"/> Altele | Nivel de prioritate Urgență <input type="checkbox"/> Curente <input type="checkbox"/> |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|---|
| 2. Date de identificare asigurat Asigurat la CAS R.C.: Nume Prenume Adresa CID CNP CE PASS | <input type="checkbox"/> Salariat <input type="checkbox"/> Coasigurat <input type="checkbox"/> Liber-profesionist <input type="checkbox"/> Copil (<18 ani) <input type="checkbox"/> Elev/Ucenic/ Student (18-26 ani) <input type="checkbox"/> Gravidă/Lehuză <input type="checkbox"/> Pensionar <input type="checkbox"/> Alte categorii Cetățenia <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Revoluționar <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Ajutor social <input type="checkbox"/> Șomaj <input type="checkbox"/> Card European (CE) <input type="checkbox"/> Acorduri internaționale |
|--|---|---|

| | | | |
|---|--|---|--|
| 3. Cod diagnostic <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Diagnostic Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune <input type="checkbox"/> | P <input type="checkbox"/> A/S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Cod parafă <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|---|--|---|--|

| 4. | | | |
|---------|------------------|--------------------------|------------------------|
| Poziția | Cod investigație | Investigații recomandate | Investigații efectuate |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

5. Numele și semnătura persoanei desemnate de furnizorul de servicii paraclinice:

6. Data prezentării asiguratului Semnătura asiguratului